

---

## EDITORIAL

---

### ¿Por qué la crisis multisistémica de la salud?

---

### Why is the multisystemic health crises?

---

### Por que a crise multisistêmica da saúde?

Por: Francisco J. Yepes\*

La crisis actual del sistema de salud colombiano ha tenido un proceso de gestación largo y tortuoso. Sus manifestaciones son las de una crisis multisistémica que acusa fallas en lo financiero, en la salud pública, en la prestación de los servicios y, particularmente, en los resultados sobre el nivel de salud de la población colombiana.

Más que abundar sobre los numerosos diagnósticos que están disponibles (1-4) y que han sido ampliamente difundidos, aunque no sean igualmente reconocidos ni compartidos por los diferentes actores, es importante analizar las diferentes causas que han conducido a la situación actual. Este análisis de las causas es necesario cuando tratamos de buscar soluciones y de hacer reformas al sistema. Ignorarlas nos llevará, indefectiblemente, a la repetición de los

errores y al fracaso. Ellas son múltiples y diversas. Las hay estructurales y también coyunturales. Las primeras tienen que ver con el diseño del sistema y las segundas con el comportamiento de los diversos actores. La suma de ellas ha conducido el sistema al colapso y ha causado mucho daño a la salud de los colombianos.

Como resultado de su accionar conjunto, el sistema de salud colombiano se ha convertido en medio inhóspito en donde el paciente es sometido al maltrato, a las dilaciones y a negativas a costa de su salud.

Un sistema de salud, cualquier sistema de salud, tiene su razón de ser en la salud de la población. Su diseño, su organización, sus actividades deben, por tanto, tener como eje fundamental la producción de salud. Y esto se logra manteniendo a la población sana, es decir, no permitiendo que se enferme; recuperando su salud, de la forma más rápida y económica que sea

---

\* Director de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana.

posible (diagnóstico y tratamiento) cuando la ha perdido y regresándola a su actividad habitual (rehabilitación).

El diseño de un sistema de salud debería, en consecuencia, partir de manera prioritaria de preguntarse cuáles serían las formas organizacionales que en una sociedad en particular mejor garantizarían esos objetivos. Los análisis financieros deberán estar necesariamente subordinados a los fines del sistema y a la organización que se defina, y no al contrario.

Evitar que la gente se enferme requiere acciones de promoción y prevención que, de manera inevitable, implican coordinación intersectorial para actuar sobre los diferentes determinantes de la salud-enfermedad. Esto envuelve sin duda la identificación de los principales determinantes en el país, la planeación de las acciones conducentes a modificarlos y la identificación de los responsables de llevarlas a cabo. En este aspecto solo una porción es responsabilidad directa del sistema de salud.

Por otra parte, la recuperación de la salud cuando se ha perdido (atención de los enfermos) y la rehabilitación de quienes la necesitan, son una responsabilidad directa del sistema de salud y deben llevarse a cabo con el cumplimiento de unas condiciones fundamentales.

Los servicios de salud deben ser provistos por profesionales calificados para dar una atención de alta calidad científica y humana y con capacidad resolutive. Hoy se reconoce la necesidad de que exista una puerta de entrada al sistema que debe estar en manos de un equipo profesional que les garantice a los pacientes una atención personalizada y continua y que se comprometa con sus necesidades para orientarlos en la búsqueda de soluciones y acompañarlos a través del sistema.

claridad en la formulación de un *modelo de cuidado de la salud*. Este no es el caso del sistema colombiano de salud ni de ninguna de las propuestas que hasta ahora se han presentado.

Entre sus múltiples limitaciones, el sistema de salud aplicado en Colombia presenta cuatro fallas centrales que combinadas explican mucho del desastroso resultado observado.

Por una parte, no ha tenido un *modelo de cuidado de la salud* apropiado. Los pacientes no tienen un médico personal que les garantice una atención continua lo que no permite el establecimiento de una relación estable médico-paciente.

Esta falencia se suma a la aplicación de un *sistema de incentivos* desequilibrado que se ha centrado en lo financiero sin exigir resultados de salud, lo cual se ha aunado al *pago por anticipado (UPC)* a los “aseguradores”. Este modelo de pago por capitación que se adoptó en Colombia, en lugar de favorecer la protección de la población vulnerable, fue aprovechado por las EPS como una excelente oportunidad de maximizar sus ganancias limitando la libertad de elección de los afiliados y evadiendo sus responsabilidades frente a ellos.

Se ha desarrollado una lógica de aseguramiento perversa según la cual se busca reducir a toda costa la “siniestralidad”, no desarrollando acciones para evitar que las personas se enfermen, sino evitando que entren en contacto con el sistema, mediante todo tipo de barreras de acceso. El sistema nunca pudo ser amable y orientó todos sus esfuerzos a la negación de los servicios.

A las causas estructurales del fracaso del sistema es necesario añadir otras coyunturales. La más importante, sin duda, ha sido el *comportamiento negligente (y en ocasiones cómplice) del Estado* y sus diferentes agencias que han fallado ostensiblemente en su

6

Es decir, que el sistema debe ante todo tener



obligación de representar y defender el “bien público” al omitir sus responsabilidades o alinearse con intereses privados en detrimento de los intereses ciudadanos.

¿Cómo entonces buscar una solución apropiada a la situación actual?

Posiblemente el mayor error de las reformas que los gobiernos anteriores han hecho a la Ley 100 de 1993 es que se han centrado en limitar el derecho de la población a la salud, en lugar de defenderlo y desarrollarlo, y en que ninguno ha pretendido efectivamente eliminar la dualidad del sistema. Una premisa necesaria hacia el futuro será la de no repetir los errores ya cometidos.

En estas condiciones insistir en solucionar el mal manejo financiero desconociendo la gravedad de la situación de salud y de acceso a los servicios de salud y las consecuencias de carecer de un modelo de cuidado adecuado nos permite augurar otro intento inocuo de solución.

Partiendo del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y aprendiendo de los errores cometidos será necesario lograr acuerdos acerca del modelo de cuidado de la salud que queremos adoptar, y

de cuál es el régimen de incentivos que vamos a establecer para que el sistema sea proactivo en la búsqueda de la salud de la población, al tiempo que sea razonable en el uso de los recursos. Pero además, debemos desarrollar sólidos mecanismos de control ciudadano que permitan blindarlo de capturas por intereses indebidos.

## **Referencias bibliográficas**

1. Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá: IDRC; 2010.
2. Gómez RD. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2008; 26 (2).
3. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Bogotá: Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público, Universidad Industrial de Santander, Colciencias; 2009.
4. Esteves R. The quest for equity in Latin America: A comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. International Journal for Equity in Health. 2012; 11 (6).Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Grupo Funcional de Salud Mental. Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Mental para el Distrito Capital. Presentación en Power Point, 2009.



# PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 13 1933 Min. Gobierno



## POSGRADOS

### PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

### MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

(Registro, SNIES No. 53795)

**Duración: 4 semestres**

Título que otorga

**Magíster en Administración de Salud**

### INSCRIPCIONES ABIERTAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Calle 40 N° 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320, ext. 5426-5427

correo-e: [administracionsalud@javeriana.edu.co](mailto:administracionsalud@javeriana.edu.co) - [www.javeriana.edu.co/passos](http://www.javeriana.edu.co/passos)

Bogotá D.C., Colombia